L 11 KR 197/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 2631/02
Datum
14.11.2002
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 197/03
Datum
06.11.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. November 2002 wird zurückgewiesen. Die Klagen werden als unzulässig verworfen.

Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist noch die Aufhebung des Bescheides vom 23.01.2002/Widerspruchsbescheides vom 08.05.2002, die Erstattung der Kosten für die ihr verordneten Kuren in den Jahren 1996 bis 2002 und eine Kostenübernahme für künftige Kuren, die Übernahme der Kosten für Medikamente (Augentropfen), eine Brille, Kompressionsstrümpfe und Sauna, ein Absehen von Zuzahlungen bei einer Dauererkrankung und für Krankenfahrten, eine Stornierung der Krankenhausrechnungen wegen Falschbehandlung, eine Pflicht der Beklagten angesichts der Falschbehandlungen, auch Kosten für privatärztliche Behandlungen durch einen Spezialisten zu übernehmen, Anfragen von Mitgliedern hinsichtlich Unklarheiten der Kostenübernahme wahrheitsgemäß zu beantworten sowie eine Verpflichtung der Beklagten, bei Schließung adäquater Kureinrichtungen in Deutschland die Kosten für Behandlungen/Kuren im Ausland zu erstatten. Außerdem begehrt die Klägerin die Feststellung, dass es für falsch behandelte kranke Menschen unzumutbar sei, nicht nur gegen die Krankenkasse, sondern auch gegen eine oder mehrere Ärzte/Krankenhäuser gerichtliche Auseinandersetzungen führen zu müssen.

Die 1926 geborene Klägerin, die bei der Beklagten freiwillig krankenversichert ist, wurde vom 30.12.1998 bis 09.01.1999 im K.hospital in S. und vom 17.11. bis 19.11.1999 im Krankenhaus in L. stationär behandelt. Am 16.11.1999 erfolgte ein Krankentransport in das Krankenhaus in L ... Die hierfür anfallenden Zuzahlungen in Höhe von insgesamt 263,- DM (134,47 EUR) zahlte die Klägerin trotz Mahnungen der Beklagten im April 2000 und mit Schreiben vom 18.05.2000 nicht. Sie wandte vielmehr ein, sie sei zwischenzeitlich fünf Mal falsch behandelt worden, wodurch ihr auch Kosten entstanden seien.

In der Zeit vom 07.10. bis 01.11.2001 führte die Klägerin eine ambulante Badekur durch, für die die Beklagte die Kurarztkosten und 85 % der ärztlich verordneten Anwendungen bezahlte und der Klägerin einen Zuschuss für Unterkunft und Verpflegung von täglich 15,- DM (7,67 EUR) gewährte (26 x 15,- DM = 390,- DM = 199,40 EUR).

Mit Bescheid vom 23.01.2002 (ohne Rechtsmittelbelehrung) teilte die Beklagte der Klägerin die noch offenen Einzelforderungen für Zuzahlungen in den Jahren 1998/1999 über insgesamt 263,- DM (134,47 EUR) mit, weshalb sich die Überweisung von 390,- DM um 263,- DM reduziere. Der Restbetrag werde an die Klägerin gezahlt.

Zur Begründung ihres hiergegen erhobenen Widerspruchs machte die Klägerin geltend, die von ihr mindestens jährlich durchzuführenden Kuren seien auf inzwischen fünfmalige ärztliche Falschbehandlungen zurückzuführen. Die Zuzahlung zur Behandlung im K.hospital S. lehne sie ab, weil sie dort falsch behandelt worden sei. Auch der Aufenthalt im Krankenhaus L. sowie der Transport dorthin sei als Folge der Falschbehandlung anzusehen. Im Ergebnis habe sie ein verkleinertes rechtes Auge, ein verzogenes linkes Auge, auseinandergefallene Sehbahnen, ein geschädigtes Immunsystem und vegetatives Nervensystem, was wiederum völlig veränderte und falsche Körperfunktionen oder/Reaktionen hervorgebracht habe. Folgen des mehrjährigen "Herumkurierens" seien auch Allergien und erhebliche Ernährungsschwierigkeiten, wobei sie seit mehr als einem Jahrzehnt kein Fleisch mehr vertrage, aber ebenso wenig andere Stoffe, insbesondere Konservierungsstoffe und chemische Rückstände von Düngemitteln in Lebensmitteln, weshalb sie nur ganz gezielt ausgewählte und damit meist sehr teure Lebensmittel kaufen könne und auch Schwierigkeiten habe, eine passende Unterkunft für eine Kur zu bekommen. Aus dem K.hospital sei sie mit hohem Blutdruck entlassen worden und leide seitdem unter Blutdruckschwankungen. Wegen

einer Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes habe sie nachts in das L. Krankenhaus nur mittels eines Krankentransports gelangen können. Nach zwei Tagen sei sie auf ihre Kosten nach Hause zurückgekehrt, nachdem im Krankenhaus Schwierigkeiten bestanden hätten, ihre Ernährung sicherzustellen. Alles in allem lehne sie weiterhin irgendwelche zusätzliche Beteiligung an Kosten ab, die die Vertragsärzte der Beklagten verursachten bzw. verursacht hätten. Mit den ihr zugefügten Schäden falle sie nicht unter die Zuzahlungsverpflichtung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08.05.2002 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück: Nach § 39 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.d.F. vom 01.01.1998 zahlten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet hätten, vom Beginn der vollstationären Behandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 17,- DM je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleite. Bei der Zuzahlung des § 39 Abs. 4 SGB V handle es sich um einen Anspruch, der der gesetzlichen Krankenversicherung zustehe. Das Krankenhaus fungiere lediglich als Einzugsstelle, die die Zuzahlung unmittelbar an die Krankenkasse weiterleite. Es handle sich somit nicht um einen Geldbetrag, welcher dem Krankenhaus bzw. den behandelnden Ärzten zugute käme. Die erbrachten Leistungen des Krankenhauses würden von der Krankenkasse aufgrund der zwischen Krankenkasse und Krankenhaus bestehenden Verträgen abgegolten. Nach § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.d.F. vom 01.01.1999 übernehme die Krankenkasse die Fahrtkosten in Höhe eines 25,- DM je Fahrt übersteigenden Betrages. Nach § 60 Abs. 2 Satz 4 SGB V ziehe die Krankenkasse die Zuzahlung von 25,- DM je Fahrt von dem Versicherten ein, soweit die Fahrt von Rettungsdiensten durchgeführt würden. Dies bedeute, dass die Aufwendungen der Rettungsdienste aufgrund der vertraglichen Bestimmungen zwischen Rettungsdiensten und Krankenkasse direkt von der Krankenkasse beglichen würden. Der von dem Versicherten zu zahlende Eigenanteil stehe der Krankenkasse als eigener gesetzlicher Anspruch zu. Die von der Klägerin geltend gemachten Falschbehandlungen könnten nicht zur Kürzung dieser der Krankenkasse zustehenden Geldforderungen führen, da sie etwaiges Fehlverhalten ihrer Vertragspartner nicht zu vertreten habe. Soweit die Klägerin sich falsch behandelt fühle, bleibe es ihr unbenommen, die behandelnden Ärzte auf Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld zu verklagen. Die Beklagte könne nach § 66 SGB V Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden und nicht nach § 116 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) auf die Krankenkasse übergegangen seien, unterstützen, d.h., dem Versicherten nähere Informationen über Diagnose und Therapie sowie die Namen der behandelnden Ärzte nennen. Dagegen könnten die Kosten der Rechtsverfolgung nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Die Aufrechnung sei nach § 51 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zulässig. Die aufgerechneten Forderungen seien noch nicht verjährt und die Ansprüche nach Höhe und Einkommensverhältnissen der Klägerin einer Pfändung zugänglich und damit auch aufrechenbar gewesen.

Deswegen erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG), mit der sie die Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2002 und Belastung des K.hospitals S. mit sämtlichen Kosten des Krankenhausaufenthaltes 1998/1999 begehrte. Die Klägerin berichtete von ärztlichen Falschbehandlungen seit 1983/1984. Aufgrund einer damals falsch behandelten Augenerkrankung (Bindehautentzündung) habe eine Tragödie in ihrem Leben bzw. für ihre bis dahin ausgezeichnete Gesundheit begonnen. Infolge der Gesamtsituation habe sie verschiedene Allergien, besonders gegen Konservierungsstoffe, und Venenprobleme, die zum Tragen von Kompressionsstrümpfen führten, also erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität neben Ernährungsschwierigkeiten. Auch im K.hospital sei sie im Dezember 1998/Januar 1999 falsch behandelt worden, ebenso seien der Rettungstransport nach L. und der Aufenthalt im Krankenhaus auf die Falschbehandlung zurückzuführen. Im Zusammenhang mit multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer sehr eingeschränkten Nahrungsverträglichkeit habe sie zahlreiche Badekuren durchführen müssen (1993, 1996, 1997 und 1998, 2000 und 2001), wobei lediglich die Badekur 1993 von der Beklagten finanziert worden sei. Alle weiteren Kuren habe sie selbst finanziert. Die Beklagte habe den größten Teil der Anwendungen gezahlt. Teilweise habe sie (die Klägerin) einen Zuschuss erhalten. Augenärztlicherseits sei eine mangelhafte Durchblutung der Augen festgestellt und die Verwendung von tierischem Fett verboten worden. Ihre Ernährung sei nunmehr noch schwieriger. Von daher sollte sie einen auf solche Symptome spezialisierten Arzt und zwei Kuren pro Jahr haben. Es gehe ihr nicht allein um die Zuzahlungen, sondern gleichzeitig um die Leistungen der Krankenkasse. Angesichts der Falschbehandlungen habe die Beklagte in einem solchen Fall gegenüber Krankenhäusern ihre Zahlungspflicht zu verweigern. Die Krankenkasse habe ihre Mitglieder zu vertreten und Missständen entgegenzuwirken. Das Gros der Kosten für die Kuranwendungen sei bei ihr geblieben. Beim Aufrechnen sei die Beklagte schnell, bei den Leistungen dagegen nicht. Angesichts der vielen Aufwendungen im Zusammenhang mit den Falschbehandlungen müsse sie von den Zuzahlungen befreit sein. Als Folge der Falschbehandlung sei sie Anfang 1999 von Arzt zu Arzt gegangen. Wenn der so schon geschädigte Patient dann noch mit Pfändungen überzogen werde, erachte sie das als Verstoß gegen das Sozialstaatsgebot. Die Klägerin legte u.a. den Entlassungsbericht des K.hospitals über die stationäre Behandlung vom 30.12.1998 bis 09.01.1999 sowie Korrespondenz mit dieser Klinik vor. Ergänzend begehrte die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Kostenübernahme gemäß § 13 Abs. 2 und § 23 SGB V sowie § 27 SGB V, nämlich im vorliegenden Fall die Folgen von Falschbehandlungen zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten. In dieser Richtung sei über Jahre nichts getan worden, das bedinge aber wahrscheinlich die Freistellung des jeweiligen Arztes von der Belastung seines Budgets mit so entstehenden Kosten. Die Kosten dieses Verfahrens gingen zu Lasten der Verursacher, nämlich des K.hospitals wie auch der Beklagten. Desweiteren beantragte die Klägerin, die Beklagte zu verurteilen, ihr gemäß § 9 der Satzung der AOK Zuschüsse zu allen ärztlich verordneten Vorsorgekuren zu gewähren und zwar mindestens für die Jahre 1998, 2000 und 2002 (verzinst), wobei hier um den Zuschuss für 2001 noch gestritten werde (Ziffer 3), sowie die Prüfung und Entscheidung des Gerichts, ob die Beklagte nicht angesichts der vorliegenden Fakten, nämlich ärztliche Falschbehandlungen und deren Folgen, gemäß § 23 Abs. 1 und 4 SGB V verpflichtet gewesen wäre, mehr für die Besserung ihrer Gesundheit an Kosten und damit besserer Behandlung und Betreuung zu übernehmen (Ziffer 4), wobei Analoges auch für die genaue Analyse des Krankheitsbildes bzw. der Veränderungen verschiedener Körperfunktionen durch besagte Falschbehandlungen bzw. deren Folgen gelte (Ziffer 5).

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Klägerin führe jährlich bis zu zwei Kuren auf eigene Regie durch. Um ihr entgegenzukommen, habe sich die Beklagte in den vergangenen Jahren immer wieder trotz der Regelung des § 23 SGB V bereit erklärt, die Klägerin bei der Durchführung dieser privaten Kuren finanziell zu unterstützen, indem sie ihr Kurarztscheine ausgestellt und damit 85 % der Kosten der in Anspruch genommenen Kurmittel getragen habe. Eine Unterstützung der Versicherten durch Ausstellung von Kurarztscheinen und die damit verbundene Kostentragung sei bei enger Auslegung des § 40 SGB V nur bei Durchführung von medizinisch indizierten ambulanten Kurmaßnahmen möglich. Zwischen zwei aufeinanderfolgenden Kuren müsse nach § 23 Abs. 5 SGB V ein Zeitraum von vier Jahren liegen. Die Beklagte habe durch großzügige finanzielle Beteiligung an den Kurmitteln der auf eigene Regie durchgeführten Kuren ihr Verständnis für die persönliche Situation der Klägerin dokumentiert. Es sei mithin nicht richtig, dass die Klägerin alle Kuren bis auf diejenige des Jahres 1993 selbst finanziert habe. Soweit sich die Klägerin geweigert habe, den Versichertenanteil zur Krankenhausbehandlung 1998/1999 sowie zu den Transportkosten zu tragen, habe sie der gesetzlichen Krankenversicherung die ihr aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen der §§ 39, 60 SGB V zustehenden Geldbeträge entzogen. Gleichzeitig verkenne sie die im Hintergrund stehenden vertraglichen Beziehungen zwischen

Patient und Arzt bzw. Krankenhaus sowie Krankenkasse und Arzt. Der Behandlungsvertrag bestehe allein zwischen Arzt/Krankenhaus und Patient. Von diesem Behandlungsvertrag losgelöst bestehe ein Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und den Vertragspartnern (Ärzten, Krankenhäusern), welches die Vergütungspflicht sowie die Vertragsleistungen regle. Es sei mithin nicht zulässig, wegen einer behaupteten ärztlichen Falschbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. einem an diesem Vertragsverhältnis unbeteiligten Dritten, die im Sozialgesetzbuch geregelten Versichertenanteile an Krankenhausbehandlung und Transportkosten zu entziehen. Was die Aufrechnung angehe, habe die Klägerin nach ihren Angaben ein monatliches Einkommen von 1.451,20 EUR. Dieser von ihr mitgeteilte Betrag sei Grundlage ihrer beitragsrechtlichen Einstufung als freiwilliges Mitglied gewesen. Aufgerechnet worden sei ein Betrag in Höhe von 134,47 EUR. Nach den Einkommensverhältnissen der Klägerin habe eine Pfändung und damit auch eine Aufrechnung der Billigkeit entsprochen. Aufgrund des 7. Gesetzes zur Änderung der Pfändungsfreigrenzen vom 13.12.2001 sei bereits bei einem monatlichen Nettoeinkommen in Höhe von 1.450,- EUR bis 1.459,99 EUR bei Nichtvorhandensein unterhaltspflichtiger Personen ein Betrag in Höhe von 364,- EUR der Pfändung zugänglich.

Mit Urteil vom 14.11.2002, der Klägerin mit Einschreiben-Rückschein zugestellt am 21.12.2002, wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im wesentlichen aus, hinsichtlich der Aufrechnung wegen nicht gezahlter Zuzahlungen sei die Klage zulässig, jedoch nicht begründet. Gemäß § 51 Abs. 1 SGB I könne der zuständige Leistungsträger gegen Ansprüche auf Geldleistungen mit Ansprüchen gegen den Berechtigten aufrechnen, soweit die Ansprüche auf Geldleistungen nach § 54 Abs. 2 und 4 pfändbar seien. Nach § 54 Abs. 2 SGB I könnten Ansprüche auf einmalige Geldleistungen nur gepfändet werden, soweit nach den Umständen des Falles, insbesondere nach den Einkommensverhältnissen und Vermögensverhältnissen des Leistungsberechtigten, der Art des beizutreibenden Anspruchs sowie der Höhe und der Zweckbestimmung der Geldleistung, die Pfändung der Billigkeit entspreche. Der Anspruch der Klägerin auf eine Geldleistung habe in einem Zuschuss gemäß § 23 Abs. 2 SGB V für eine von ihr durchgeführte Vorsorgekur bestanden. Die Beklagte habe als hierfür zuständiger Leistungsträger ihrerseits Ansprüche gegen die Klägerin gehabt, nämlich auf die Zuzahlung bei stationärem Krankenhausaufenthalt, der gesetzlich in § 39 Abs. 4 SGB V geregelt sei. Zahle der Versicherte trotz Aufforderung nicht, habe die Krankenkasse gemäß § 43 b Satz 2 SGB V die Zahlung einzuziehen. Entgegen der Ansicht der Klägerin sei für die Zuzahlungspflicht unerheblich, ob die Krankenhausbehandlung zum gewünschten Erfolg geführt habe. Soweit sich die Klägerin auf Falschbehandlungen berufe, müsse sie sich wegen der eingetretenen Folgen direkt gegen die Ärzte bzw. gegen die Krankenhäuser wenden. Die Behauptung von Falschbehandlungen rechtfertige nicht die Vorenthaltung der Zuzahlungen. Rechtsgrundlage für die Zuzahlung für die Rettungsfahrt sei § 60 Abs. 1 Satz 1, Satz 3 SGB V. Auch hier seien die von der Klägerin behaupteten Falschbehandlungen irrelevant für die Zuzahlungspflicht. Bei dem Anspruch der Klägerin auf Zuschuss zu der ambulanten Badekur handle es sich um eine einmalige Geldleistung, die nach § 54 Abs. 2 habe gepfändet werden können. Die Aufrechnung habe auch der Billigkeit entsprochen, da die Klägerin ein ausreichendes Einkommen gehabt habe und auf die volle Zuschussauszahlung nicht angewiesen gewesen sei. Unerheblich sei, dass aus den Entscheidungen der Beklagten nicht sicher geschlossen werden könne, ob sie von dem ihr eingeräumten Ermessen hinsichtlich der Vornahme der Aufrechnung Gebrauch gemacht habe. Vorliegend sei von einer Ermessensreduzierung auf Null auszugehen. Es bestehe ein erhebliches Interesse der Versichertengemeinschaft, dass jeder Leistungsempfänger seiner Zuzahlungspflicht nachkomme. Es seien nicht die geringsten Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Klägerin durch eine Aufrechnung mit einem Betrag in Höhe von 263,- DM in irgendeiner Weise in wirtschaftliche Bedrängnis geraten sei.

Soweit die Klägerin in ihrem Klageantrag Ziffer 2 die in §§ 23 SGB V und § 27 SGB V genannten Anspruchsvoraussetzungen wiederholt und zusätzlich Bezug auf die Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V genommen habe, komme als Klageart nur die Feststellungsklage gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Betracht. Zur Klärung nur abstrakter Rechtsfragen dürften die Gerichte indes nicht angerufen werden. Auch eine summarische Überprüfung einer Vielzahl von Leistungen aus einem Versicherungsverhältnis sei nicht möglich. Eine Feststellungsklage sei nur zulässig, wenn konkrete Rechte in Anspruch genommen oder bestritten würden, wenn also die Anwendung einer öffentlich-rechtlichen Norm auf einen konkreten Sachverhalt streitig sei. Dies gehe aus dem Antrag der Klägerin gerade nicht hervor. Sie mache vielmehr eine allgemeine Rechtsposition geltend, die sich unabhängig von der Frage, ob Falschbehandlungen vorgelegen hätten, aus dem Gesetz direkt ergebe. Die Klage sei damit insoweit als unzulässig abzuweisen. In der Auswahl unter den zugelassenen Ärzten sei der Versicherte gemäß § 76 SGB V frei, auch hinsichtlich der Auswahl unter zugelassenen Krankenhäusern stehe dem Versicherten regelmäßig ein Wahlrecht zur Verfügung. Es seit mithin nicht Aufgabe der Krankenkasse, den Versicherten zu Behandlungen etc. bei bestimmten Ärzten zu zwingen. Hinsichtlich des Antrages Ziffer 3 sei die Klage ebenfalls als unzulässig abzuweisen, da die geltend gemachten Ansprüche mit einer Anfechtungs- und Leistungsklage zu verfolgen wären. Erforderlich wäre aber die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens, was hier nicht ersichtlich sei. Ebenfalls als unzulässig abzuweisen sei auch die Klage hinsichtlich der Anträge Ziffer 4 und 5. Diese Anträge entsprächen inhaltlich dem Antrag Ziffer 2.

Hiergegen richtet sich die von der Klägerin am 17.01.2003 eingelegte Berufung. Sie weist noch einmal darauf hin, dass sie von Natur über eine sehr gute Konstitution verfüge, die durch wiederholte ärztliche Falschbehandlungen dezimiert worden sei. Hinsichtlich der hier im Mittelpunkt stehenden Falschbehandlung im K.hospital 1998/1999 unterstelle sie mindestens grobe Fahrlässigkeit. Die Beklagte habe ihr zu keiner Zeit Unterstützung angeboten oder auch nur irgendetwas geleistet. Sie fühle sich schlechter behandelt als Mitglieder, die von Natur erkrankt seien. Die Tragung des größten Teils der Kosten als Folge der Falschbehandlung sei bei ihrer extrem niedrigen Rente unzumutbar, zumal sie schon viele Nachteile habe hinnehmen müssen, finanzieller wie ideeller Art. Sie habe inzwischen sechs Badekuren einschließlich Kurtaxe und Reisekosten überwiegend selbst finanziert und weitere Zuzahlungen geleistet bei örtlichen Behandlungen. Daneben seien laufend Kosten für den Besuch des Mineralbades einschließlich Fahrtkosten, auch für Massagen, seit der Falschbehandlung im K.hospital zur Bekämpfung der dort verursachten Tendenz zu erhöhtem oder hohem Blutdruck entstanden. Hinzu kämen erhebliche erhöhte Lebenshaltungskosten, d.h. für den Kauf von Bio-Produkten wegen zunehmender Nahrungsmittelunverträglichkeiten und für den Verbrauch überdurchschnittlicher Mengen von Mineralwasser. Bei den durchgeführten Kuren habe es sich jeweils um eine dringend notwendige Behandlung gehandelt. Eigentlich müsste sie zweimal im Jahr oder noch öfter zur Kur gehen, doch dafür fehlten ihr die finanziellen Mittel. Behandlungsversuche mit Medikamenten hätten zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geführt. Es müsse ein Arzt gefunden werden, der hochspezialisiert sei in Richtung Abwehr/Schädigung des Immunsystems und der Steuerung von Körperfunktionen, Allergien verschiedenster Art, der Stoffwechselvorgänge etc. Entgegen der Behauptung der Beklagten habe sie nicht die gleichen vertraglichen Ansprüche wie ein Privatpatient. Früher habe sie als Privatpatient jeden Arzt konsultieren können, wohingegen sie jetzt lediglich Vertragspartner der Krankenkasse wählen dürfe und auch nur solche in ihrer Nähe. Ebenso wenig dürfe sie sich ins Krankenhaus begeben ohne Einweisung, es sei denn, es handle sich um einen Notfall. Im Gegensatz zu einem Privatpatienten könne sie bei einer stationären Aufnahme in eine Abteilung des Krankenhauses ohne die Zustimmung dieser Abteilungsleitung keinen anderen Arzt am Krankenhaus konsultieren, was 1998/1999 vielleicht ausschlaggebend gewesen sei für die Schädigung ihrer Gesundheit. Festzuhalten wäre

hier auch, dass es sich aus ihrer Sicht in kaum einem Fall ihrer Falschbehandlungen um einen Kunstfehler gehandelt habe. Es lägen vielmehr Fehldiagnosen und mangelnde Sorgfaltspflicht vor, was zum Tatbestand rechtswidriger Körperverletzung geführt habe. Sie habe 1998/1999 die Ärzte auf die aufgetretenen Misshandlungen hingewiesen. Kuren seien im Augenblick das beste, um den gepeinigten Organismus zu entgiften, zu beruhigen und für eine Zeit eine Besserung des Gesamtzustandes zu erreichen, aber keineswegs eine Heilung, die bis heute noch gar nicht in Angriff genommen worden sei. Sie frage sich, warum sie zwangsweise in einer Krankenversicherung sein müsse, wenn sie sich als Schwergeschädigte (Bluthochdruck) noch an den Kosten beteiligen müsse, so geschädigt zu sein. Was die Aufrechnung angehe, entspreche es ihrer Meinung nach weder der Billigkeit, den fraglichen Betrag mit einer Gesundheitsmaßnahme zu verrechnen oder ihn gar zu pfänden, wenn andererseits Missstände/Straftatbestände durch Untätigkeit und Bezahlung gedeckt würden. Dies umso mehr, als die Beklagte in den letzten zwölf Jahren für sie lediglich eine Kur voll übernommen habe. Was die Falschbehandlung angehe, wäre zu klären, ob die gesamten Kosten ihres Aufenthaltes im K.hospital 1998/1999 vom Krankenhaus der Beklagten und ihrer Zusatzversicherung hätte in Rechnung gestellt werden dürfen. Die kranken Menschen auf einen Haftungsstreit zu verweisen, sei unzumutbar. Die Beklagte sei verpflichtet, da in ihrem Fall eine Medikation weitgehend unzugänglich sei bei üblichen Behandlungsarten, ihr zwei Kuren pro Jahr als "Ersatz" zu gewähren bei voller Übernahme der Kosten und das so lange, bis eine bessere Lösung gefunden sei zur Behandlung ihrer Leiden. Dies gelte für künftige Jahre wie auch rückwirkend für die Kuren 1996, 1997, 1998, 2000, 2001 und 2002. Entgegen dem SG bestehe eine wirkliche freie Arztwahl nur bei privater Krankenversicherung. Bei ihr ende die "freie Arztwahl" dort, wo sie unter den nächsterreichbaren Kassenärzten keinen finde, der spezielle Fachkenntnisse besitze, um ihr Problem zu erkennen.

Die Klägerin beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. November 2002 sowie den Bescheid vom 23. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08. Mai 2002 aufzuheben,

2. festzustellen, dass die Krankenkasse/Beklagte bei Falschbehandlung/grober Verletzung der Sorgfaltspflicht des Arztes, Körperverletzung etc., im vorliegenden Fall aufgrund der Nichterhebung der Anamnese der Klägerin, nicht zu den entstandenen Kosten des Krankenhauses herangezogen werden darf, dies umso mehr als die Folgen solchen Tuns oder Unterlassens zwangsläufig weitere Kosten für die Krankenkasse und den so geschädigten Patienten nach sich ziehen, und das Krankenhaus daher zu verurteilen, die an die Beklagte wie die DKV ergangenen Rechnungen für den Krankenhausaufenthalt 1998/1999 zu stornieren bzw. zurückzuziehen, so dass die Forderung der Beklagten auf Zuzahlung 17,- DM/Tag stationärer Behandlung entfällt,

3. festzustellen, dass die Beklagte im vorliegenden außergewöhnlichen Krankheitsbild, hervorgerufen durch Folgen erlittener Falschbehandlungen, die der Klägerin verordneten Kuren als wichtigsten Teil ärztlicher Behandlung zu betrachten und die vollen Kosten zu übernehmen hat und die Beklagte daher zu verurteilen, ihr die Kosten für die Kuren 1996, 1997, 1998, 2000, 2001 und 2002 gemäß § 13 Abs. 2 SGB V zu erstatten und gem. §§ 23 und 27 SGB V alle weiterhin notwendigen Kuren zu gewähren, auch wenn notwendig zwei pro Jahr, da im Augenblick die beste Behandlungsmöglichkeit,

4. festzustellen, dass gemäß Schreiben der Beklagten an die Klägerin vom 24. Januar bzw. 02. Februar 2000 Zuzahlungen bei einer Dauererkrankung nach erster Zuzahlung von einem Prozent des Bruttoeinkommens nicht mehr erhoben werden und die Beklagte zu verurteilen, ihr gegenüber so zu verfahren und in diesem Verfahren die streitige Zuzahlung zurückzunehmen,

5. festzustellen, dass die Regelungen freier Arztwahl (§ 76 SGB V) durch die Krankenkasse so auszulegen oder auszugestalten sind, dem Patienten bei seltenen Erkrankungen bzw. seltenen Beschwerdebildern oder solcher als Folge von Falschbehandlungen die Konsultation eines auf dem gesuchten spezialisierten Arztes, auch wenn er nicht in Wohnsitznähe praktiziere, durch Kostenübernahme zu ermöglichen und die Beklagte zu verurteilen, solche Kosten für die Klägerin auch dann zu übernehmen bzw. zu erstatten, falls der gefundene Spezialist tatsächlich nur Privat praktiziert,

6. festzustellen, dass den Patienten bei Krankenhausaufenthalten ein Mitwirkungs- bzw. Mitbestimmungsrecht zusteht derart, notfalls auch ohne Einwilligung der Krankenhausabteilung, in der er stationär aufgenommen ist, Ärzte einer anderen Krankenhausabteilung zu konsultieren, sofern die erstgenannte Abteilung seinen Beschwerden oder Krankheitssymptomen keine oder nicht genügend Aufmerksamkeit schenkt oder von sich aus Kollegen zuzieht,

7. festzustellen, dass die Krankenkasse verpflichtet ist, alle Anfragen von Mitgliedern/Patienten hinsichtlich Unklarheiten der Kostenübernahme in vertretbarer Bearbeitungszeit wahrheitsgemäß zu beantworten,

8. festzustellen, dass die Klägerin von Zuzahlungen von Krankenfahrten im Sinne des § 62 SGB V zu befreien ist, so dass sie diesbezügliche Forderung der Beklagten hinfällig/nichtig ist.

9. festzustellen, dass bei der Schließung adäquater Kureinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland der Klägerin ausreichend wirksame Behandlungsmöglichkeiten/Kuren im europäischen Raum eingeräumt werden z.B. B. G./H., und die Beklagte zu verurteilen, in einem solchen Fall die Kosten gemäß vorgelegter Rechnung zu erstatten,

10. festzustellen, dass es unzumutbar ist für falsch behandelte kranke Menschen, nicht nur gegen die Krankenkasse, sondern auch gegen eine oder mehrere Ärzte/Krankenhäuser gerichtliche Auseinandersetzungen zu führen, nämlich teilweise vor Zivilgerichten, weil soweit ärztliche Leistung als Dienstleistung eingestuft wird, was einen Kranken schon wegen möglicher Kosten (auch ohne Anwalt) und der Beweispflichtigkeit überfordert, zumal kranke Menschen keine Ware und kein Dienstobjekt sind, weshalb in einem sozialen Rechtsstaat, der die Bundesrepublik Deutschland sein soll und dabei im Zusammenhang mit Falschbehandlungen, wie in ihrem Fall, das Opfer Schutz genießen muss, insoweit, als solche Verfahren, wenn nicht nach Strafrecht, dann nach der Untersuchungsmaxime geführt werden müssten, ggfs. unter Einbeziehung der Krankenkasse, da sie, nicht nur das Opfer, von den Folgen betroffen wird. Dies umso mehr, um eine ausreichende Behandlung/medizinische Versorgung des Opfers sicherzustellen, was, wie ihr Fall zeige, nicht unbedingt erfolgt.

11. Übernahme der Kosten für Medikamente (Augentropfen), meine Brille, Kompressionsstrümpfe, Sauna.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, vertragliche Beziehungen zwischen der Beklagten und dem K.hospital der Stadt S. bestünden allein wegen der Pflegesatzvereinbarungen. Diese regelten ausschließlich die für die einzelnen Leistungen des Krankenhauses von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte. Diese würden mit Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte der Beklagten fällig. Darüber hinausgehende Beziehungen, die Art und Weise der Behandlung regeln, bestünden nicht. Vertragliche Schadensersatzansprüche wegen Falschbehandlung bzw. ärztlichen Kunstfehlern stünden ausschließlich dem Versicherten aufgrund des zwischen ihm und dem Krankenhaus bzw. Arzt geschlossenen Behandlungsvertrags zu. Es sei daher ausgeschlossen, dass die Klägerin aus Gründen, die im Vertragsverhältnis zwischen Krankenhaus und Patient lägen, der Beklagten den gesetzlich festgelegten Zuzahlungsanspruch entziehe. Einwendungen aus dem Behandlungsvertrag könnten der Beklagten nicht entgegengehalten werden. Desgleichen könne aus diesen Gründen auch keine Stornierung der Krankenhausrechnung erfolgen. Da der Zuzahlungsanspruch mit Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung, d.h. mit Inanspruchnahme der Krankenhausleistung für die Dauer des stationären Aufenthalts kraft Gesetzes, also unabhängig von einer Rechnung des Krankenhauses, entstehe, hätte eine Stornierung der Krankenhausrechnung nicht die Hinfälligkeit des Zuzahlungsanspruchs zur Folge. Auch das Begehren der Klägerin, die Beklagte zur vollen Kostentragung aller verordneten Kuren zu verpflichten, sei unbegründet, da die gesetzlichen Regelungen die Übernahme der gesamten Kosten einer ambulanten Kurmaßnahme nicht vorsähen und daher von Versicherten auch nicht beansprucht werden könne. Eine Kostenerstattung der von der Klägerin geleisteten Zuzahlungen zu den Kuren in den Jahren 1996 bis 2002 gemäß § 13 Abs. 2 SGB V sei nicht möglich, da danach freiwilligen Mitgliedern nur ein Wahlrecht zwischen Kostenerstattung oder Inanspruchnahme einer Sach- oder Dienstleistung der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werde. Eine Erstattung von gesetzlich vorgesehenen Selbstbeteiligungen an den Kosten von Kuren könne nicht verlangt werden. Die nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V begehrte Befreiung von notwendigen Fahrtkosten sowie Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sei nur möglich bei Versicherten, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung seien. Eine Befreiung von Selbstbeteiligungen an Rehabilitationsmaßnahmen sehe diese Vorschrift nicht vor. Desgleichen sei eine Rückzahlung bereits geleisteter Zuzahlungen aus dem Grund nicht möglich. Was die freie Arztwahl gemäß § 76 SGB V angehe, garantiere der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V die Versorgung der Versicherten im Sinne einer erforderlichen vertragsärztlichen Behandlung. Falls die Klägerin dennoch in ihrer Person eine Lücke in der vertragsärztlichen Versorgung festgestellt habe, könne sie sich an die kassenärztliche Vereinigung Nordwürttemberg wenden. Diese sei aufgrund des Sicherstellungsauftrags verpflichtet, einen zur Behandlung des Beschwerdebildes der Klägerin befähigten Vertragsarzt zu nennen. Die Konsultation eines privat praktizierenden Arztes sei daher nicht notwendig. Inwieweit Mitwirkungsrechte während eines stationären Krankenhausaufenthaltes bestünden, liege allein in der Entscheidungsbefugnis bzw. in der Organisationshoheit des Krankenhausträgers bzw. den Abstimmungsrechten der Ärzte der entsprechenden Abteilungen. Die von der Klägerin begehrte Durchführung von Reha-Maßnahmen außerhalb der Bundesrepublik sei unter den Voraussetzungen des § 18 SGB V möglich. Die Entscheidung darüber müsse Medizinern wie den Sachverständigen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vorbehalten bleiben. Eine Kostenerstattung von im Ausland ohne vorherige Einschaltung der Krankenkasse durchgeführten Behandlungen sei daher nicht möglich. Wenn sich aus einem Behandlungsvertrag, der ausschließlich zwischen Arzt/Krankenhaus und Versichertem geschlossen werde, u.U. Schadensersatzansprüche oder Schmerzensgeldansprüche ergäben, müsse diese der Versicherte in eigener Person verfolgen, da die Krankenkasse an diesem Vertragsverhältnis nicht beteiligt sei. Die Beklagte sei als ein an diesem Vertragsverhältnis unbeteiligter Dritter jedenfalls nicht zu ausgleichenden Maßnahmen verpflichtet, wenn ein Versicherter sich falsch behandelt fühle. Die Klägerin habe als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf eine Versorgung im Rahmen der Erforderlichkeit. Eine Konsultation der Klinik für Diagnostik in Wiesbaden sei ohne ärztliche Einweisung nicht möglich. Ein Direktions- und Anweisungsrecht der Beklagten gegenüber ihren Vertragspartnern bestehe grundsätzlich nicht. Soweit die Klägerin geltend mache, nicht zu allen von ihr durchgeführten ambulanten Vorsorgekuren Zuschüsse erhalten zu haben, sei dies richtig, da nach § 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V der Anspruch auf Durchführung einer solchen Kurmaßnahme in der Regel alle vier Jahre bestehe und damit auch die Bezuschussung nur alle vier Jahre möglich sei. Um der Klägerin entgegenzukommen, habe sich die Beklagte unter Außerachtlassung der Vier-Jahres-Frist bereit erklärt, sich an den von der Klägerin jährlich oder mehrmals jährlich durchgeführten ambulanten Kuren im Rahmen des üblichen zu beteiligen.

Die Klägerin hat im weiteren Verfahren noch ein Schreiben der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer B.-W. und die Rentenanpassungsmitteilung zum 01.07.2001 vorgelegt.

Die Berichterstatterin hat den Rechtsstreit mit den Beteiligten erörtert. Auf die Niederschrift vom 19.07.2007 wird Bezug genommen.

In der mündlichen Verhandlung am 06.11.2007 hat die Beklagte den Bescheid vom 23.01.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2002 hinsichtlich der Aufrechnung aufgehoben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist statthaft i.S.d. § 144 SGG, denn die Klägerin wendet sich nicht nur gegen den Bescheid vom 23.01.2002/Wiederspruchsbescheid vom 08.05.2002, sondern verfolgt auch die begehrte Kostenübernahme wegen Falschbehandlungen und von Zuschüssen zu allen ärztlich verordneten Vorsorgekuren weiter.

Die damit insgesamt zulässige Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Nachdem die Beklagte den Bescheid vom 23.01.2002/Widerspruchsbescheid vom 08.05.2002 hinsichtlich der Aufrechnung aufgehoben hat, ist die Klägerin insoweit klaglos gestellt und der Rechtsstreit hat sich insoweit erledigt. Im übrigen hat das Sozialgericht unter zutreffender Darstellung der Rechtsgrundlagen, auf die gem. § 153 Abs. 2 SGG Bezug genommen wird, zu Recht darauf hingewiesen, dass die Beklagte bei Nichtzahlung der gesetzlich geregelten Zuzahlungspflicht bei Krankenhausbehandlungen und Kosten für Fahrten einschließlich für Krankentransporte die Zahlung einzuziehen hat, und die Behauptung von Falschbehandlungen für die Frage der Zuzahlungspflicht irrelevant ist. Das Sozialgericht hat ferner ausführlich begründet dargelegt, dass die Klageanträge Ziffer 2 bis 5 der Klägerin unzulässig sind. Die dargestellten Entscheidungsgründe stellen insoweit eine umfassende und zutreffende Würdigung der für die Beurteilung der geltend gemachten Ansprüche relevanten

rechtlichen Gegebenheiten dar. Insoweit sieht der Senat daher gemäß § 153 Abs. 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und nimmt auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Urteil Bezug.

Das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren führt zu keiner anderen Entscheidung.

Soweit die Klägerin mit ihrem Antrag Ziffer 2 erstmals im Berufungsverfahren die Verurteilung des Krankenhauses anstrebt, die an die Beklagte wie auch die GKV ergangenen Rechnungen für ihren Krankenhausaufenthalt 1998/1999 zu stornieren bzw. zurückzuziehen, entscheidet der Senat hierüber nicht auf Berufung sondern auf Klage. Insoweit handelt es sich um eine Klageänderung (§ 99 SGG), die mangels Sachdienlichkeit nicht zulässig ist. Ungeachtet dessen ist die Klage insoweit auch deshalb unzulässig, weil die Klägerin an dem zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern bestehenden öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnis (Abrechnungsverhältnis), welches u.a. durch den Zulassungsakt (§ 108 SGB V) und Verträge auf verschiedenen Ebenen vorgeprägt ist, nicht beteiligt ist. Bei einem konkreten Behandlungsfall wird durch die Inanspruchnahme der Sachleistung seitens des (krankenhausbehandlungsbedürftigen) Versicherten bzw. durch seine Aufnahme ins Krankenhaus unmittelbar eine Zahlungsverpflichtung seiner Kasse gegenüber dem leistungserbringenden Krankenhaus nach der Maßgabe der maßgeblichen Verträge, insbesondere der Pflegesatzvereinbarungen, begründet (BSGE 70, 20, 22; 86, 108, 166, 168; BSGE 89, 104). Bezüglich dieses Abrechnungsverhältnisses kann die Klägerin (materiell) keine eigenen Rechte geltend machen, sie ist insoweit nicht aktiv legitimiert und auch nicht prozessführungsbefugt. Die Klägerin kann daher auch nicht die Feststellung verlangen, dass die Beklagte bei Falschbehandlung, grober Verletzung der Sorgfaltspflicht des Arztes, nicht zu den entstandenen Kosten herangezogen werden darf. Nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG kann mit der Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn die Klägerin ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Die Feststellungsklage setzt voraus, dass der Streit eine aus der Anwendung einer Norm auf einen Lebenssachverhalt entstandene Rechtsbeziehung betrifft. Es braucht nicht die Feststellung eines Rechtsverhältnisses im ganzen erstrebt zu werden. Unter Rechtsverhältnis ist auch die sich daraus ergebende einzelne Berechtigung oder Verpflichtung zu verstehen, hingegen kann mit der Feststellungsklage weder die von einem konkreten Sachverhalt losgelöste abstrakte Kontrolle der Anwendbarkeit einer Rechtsnorm (BSGE 28, 224, 225; BSG SozR 2200 § 368 e Nr. 1) noch im allgemeinen die Klärung bloßer rechtlicher Vorfragen oder einzelner Faktoren begehrt werden (BSGE 46, 73, 74 f). Das Rechtsverhältnis besteht hier aber - wie oben dargelegt - zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Insoweit besteht kein Feststellungsinteresse bzw. Rechtsschutzinteresse der Klägerin, weshalb die Feststellungsklage unzulässig ist.

Ebenso entscheidet der Senat über den erstmals im Berufungsverfahren gestellten Antrag wegen Übernahme der Kosten für Medikamente, Brille, Kompressionsstrümpfe und Sauna (Ziffer 11) nicht kraft Berufung, sondern kraft Klage, welche aber ebenfalls unzulässig ist. Es handelt sich hierbei um Ansprüche, die mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage zu verfolgen sind. Dies setzt aber zunächst die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens auf entsprechenden Antrag der Klägerin voraus, wobei auch das Vorverfahrenserfordernis zu beachten wäre. Solange noch keine Entscheidung der Beklagten ergangen ist, ist der Klägerin eine klageweise Geltendmachung verwehrt.

Hinsichtlich des Antrages Ziffer 3 ist darauf hinzuweisen, dass die Feststellung einzelner abstrakter Rechtsfragen unzulässig ist, auch wenn es sich um Elemente eines Rechtsverhältnisses handelt - unzulässige Elementenfeststellung - vgl. Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, IV Rdnr. 81, 82). Ungeachtet dessen fehlt es auch insoweit an einem Feststellungsinteresse (Rechtsschutzinteresse). Das Feststellungsinteresse besteht hier nicht, weil ein Verwaltungsverfahren nicht stattgefunden und die Beklagte auch sonst keinen konkreten Anlass gegeben hat, der die Klägerin berechtigen würde, insoweit eine Feststellungsklage zu erheben. Ein streitig gewordenes öffentlich-rechtliches Verhältnis zwischen Versicherten und ihrer Krankenkasse ist grundsätzlich zunächst in einem Verwaltungsverfahren durch einen Verwaltungsakt zu regeln. Erst danach steht der Weg zu den Gerichten offen. Eine Feststellungsklage ohne vorangegangenes Verwaltungsverfahren ist in der Regel unzulässig (BSG, Urteil vom 09.10.1984 - BSGE 57, 184). Soweit die Klägerin die Verurteilung der Beklagten begehrt, die Kuren zwischen 1996 und 2002 zu erstatten, fehlt es für die damit erhobene Anfechtungs- und Leistungsklage an dem notwendig vorauszugehenden Verwaltungs- und Vorverfahren. Die Klage ist insoweit unzulässig. Ebenso wenig kann die Klägerin die Verurteilung der Beklagten verlangen, alle weiterhin notwendigen Kuren (in der Zukunft) zu gewähren, auch wenn notwendig zwei pro Jahr. Insoweit bedarf es bezüglich jeder von der Klägerin begehrten Kur eines Antrags und einer Entscheidung der Beklagten, gegen die dann die Klägerin im Einzelfall Rechtsmittel einlegen kann. Die Klägerin kann insbesondere nicht grundsätzlich die Feststellung verlangen, dass ihr in Zukunft alle (aus ihrer Sicht) notwendigen Kuren von der Beklagten zu gewähren sind. Eine derartige grundsätzliche Feststellung der Leistungspflicht der Beklagten ist unzulässig. Dies steht auch im Einklang mit dem Grundsatz des Nachrangs der Feststellungsklage gegenüber Gestaltungs- und Leistungsklagen. Die Feststellungsklage darf nicht dazu dienen, die sonst geltenden besonderen Zulässigkeitsvoraussetzungen wie Vorverfahren und Klagefristen zu umgehen. Dem entspricht es, von einer Versicherten, die die Gewährung von Kuren begehrt, zu verlangen, dass sie zunächst mit einem Antrag ein Verwaltungsverfahren einleitet, das durch einen Bescheid abgeschlossen wird. Erst danach steht der Weg zu den Gerichten offen.

Das gleiche gilt bezüglich des Antrages Ziffer 9. Auch hier muss sich die Klägerin auf einen Antrag im Einzelfall und eine Entscheidung der Beklagten verweisen lassen.

Mit den Anträgen Ziffer 6 und 8 macht die Klägerin zwar die Anwendung einer öffentlich-rechtlichen Norm auf einen konkreten Sachverhalt geltend, ein Feststellungsinteresse besteht aber auch hier nicht, weil die geltend gemachte Rücknahme der Zuzahlung bzw. Befreiung von der Zuzahlungspflicht mit einer Anfechtungsklage gem. § 54 Abs. 1 SGG zu verfolgen ist, welche aber die Durchführung eines mit einem Bescheid abgeschlossenen Verwaltungsverfahrens erfordert. Erst danach kann die Klägerin Klage erheben.

Was den Antrag Ziffer 5 angeht, hat bereits das SG deutlich gemacht, dass die Gerichte zur Klärung abstrakter Rechtsfragen nicht angerufen werden dürfen und auch eine summarische Überprüfung einer Vielzahl von Leistungen aus einem Versicherungsverhältnis nicht möglich ist. Will die Klägerin Leistungen eines Nichtvertragsarztes in Anspruch nehmen, muss sie in einem konkreten Fall zunächst eine Entscheidung der Beklagten herbeiführen, gegen die sie dann ggfs. Rechtsmittel einlegen kann.

Dass die Beklagte Anfragen der Mitglieder hinsichtlich Unklarheiten der Kostenübernahme in vertretbarer Bearbeitungszeit wahrheitsgemäß zu beantworten hat (Antrag Ziffer 7), ist selbstverständlich und bedarf keiner Feststellung. Insoweit besteht kein Feststellungsinteresse.

Ein Feststellungsinteresse der Klägerin besteht auch nicht bezüglich des Antrages Ziffer 6. Die Organisation eines Krankenhauses entzieht sich einer Feststellungsklage. Insoweit kann die Klägerin allenfalls im Rahmen des Vertragsverhältnisses Patient/Krankenhaus Einfluss auf

die stationäre Behandlung nehmen.

Schließlich ist auch das Feststellungsbegehren Ziffer 10 unzulässig. Insoweit ist nochmals darauf hinzuweisen, dass eine Feststellungsklage ein konkretisiertes Rechtsverhältnis voraussetzt und die Klärung nur abstrakter Rechtsfragen im Rahmen einer Feststellungsklage nicht zulässig ist. Die Klägerin muss sich bei einer Falschbehandlung im Krankenhaus auf die vertragliche und deliktische Haftung des Krankenhausträgers und der angestellten oder beamteten Ärzte verweisen lassen. Insoweit sind für die Durchsetzung etwaiger Ansprüche die ordentlichen Gerichte zuständig. Im Rahmen des Rechtsverhältnisses zwischen der Klägerin und der Beklagten kann kein Ausgleich erfolgen.

Die Berufung der Klägerin konnte daher keinen Erfolg haben. Die erstmals im Berufungsverfahren erhobenen Klagen waren als unzulässig zu verwerfen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2007-11-20